

Warszawa, dnia 20 kwietnia 2018 r.

Poz. 753

**OBWIESZCZENIE  
MINISTRA ZDROWIA**

z dnia 28 marca 2018 r.

**w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia  
w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych**

1. Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1523) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 849), z uwzględnieniem zmiany wprowadzonej rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2016 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. poz. 1815).

2. Podany w załączniku do niniejszego obwieszczenia tekst jednolity rozporządzenia nie obejmuje § 2–4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2016 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. poz. 1815), które stanowią:

„§ 2. Przepis § 3 pkt 4 rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym rozporządzeniem, stosuje się do dzieci urodzonych po dniu 31 grudnia 2016 r.

§ 3. Wobec dzieci urodzonych przed dniem 1 stycznia 2017 r. stosuje się przepisy dotychczasowe.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2017 r.”.

Minister Zdrowia: *L. Szumowski*

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia  
z dnia 28 marca 2018 r. (poz. 753)

## **ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia 18 sierpnia 2011 r.

### **w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych**

Na podstawie art. 17 ust. 10 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r. poz. 151) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Rozporządzenie określa:

- 1) wykaz chorób zakaźnych objętych obowiązkiem szczepień ochronnych;
- 2) osoby lub grupy osób obowiązane do poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym, wiek i inne okoliczności stanowiące przesłankę do nałożenia obowiązku szczepień ochronnych na te osoby;
- 3) kwalifikacje osób przeprowadzających szczepienia ochronne;
- 4) sposób przeprowadzania szczepień ochronnych;
- 5) tryb przeprowadzania konsultacji specjalistycznej dla osób, w przypadku których lekarskie badanie kwalifikacyjne daje podstawy do długotrwałego odroczenia obowiązkowego szczepienia ochronnego;
- 6) wzory:
  - a) zaświadczenia o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym,
  - b) książeczki szczepień,
  - c) karty uodpornienia;
- 7) sposób prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej obowiązkowych szczepień ochronnych i jej obiegu;
- 8) wzory sprawozdań z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych oraz tryb i terminy ich przekazywania.

**§ 2.** Obowiązkiem szczepień ochronnych są objęte następujące choroby zakaźne:

- 1) błonica;
- 2) gruźlica;
- 3) inwazyjne zakażenie *Haemophilus influenzae* typu b;
- 4) inwazyjne zakażenia *Streptococcus pneumoniae*;
- 5) krztusiec;
- 6) nagminne zakażenie przyusznic (świnka);
- 7) odra;
- 8) ospa wietrzna;
- 9) ostre nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis);
- 10) różyczka;
- 11) tężec;
- 12) wirusowe zapalenie wątroby typu B;
- 13) wścieklizna.

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

§ 3. Obowiązek poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw:

- 1) błonicy obejmuje:
  - a) dzieci i młodzież od 7 tygodnia życia do ukończenia 19 roku życia,
  - b) osoby ze stycznością z chorymi na błonicę;
- 2) gruźlicy obejmuje dzieci i młodzież od dnia urodzenia do ukończenia 15 roku życia;
- 3) inwazyjnemu zakażeniu *Haemophilus influenzae* typu b obejmuje dzieci od 7 tygodnia życia do ukończenia 6 roku życia;
- 4)<sup>2)</sup> inwazyjnym zakażeniom *Streptococcus pneumoniae* obejmuje dzieci i młodzież od 2 miesiąca życia do ukończenia 19 roku życia;
- 5) krztuścowi obejmuje dzieci i młodzież od 7 tygodnia życia do ukończenia 19 roku życia;
- 6) nagminnemu zakażeniu przyusznic (śwince) obejmuje dzieci i młodzież od 13 miesiąca życia do ukończenia 19 roku życia;
- 7) odrze obejmuje dzieci i młodzież od 13 miesiąca życia do ukończenia 19 roku życia;
- 8) ospie wietrznej obejmuje:
  - a) dzieci do ukończenia 12 roku życia:
    - z upośledzeniem odporności o wysokim ryzyku ciężkiego przebiegu choroby,
    - z ostrą białaczką limfoblastyczną w okresie remisji,
    - zakażone HIV,
    - przed leczeniem immunosupresyjnym lub chemioterapią,
  - b) dzieci do ukończenia 12 roku życia z otoczenia osób określonych w lit. a, które nie chorowały na ospę wietrzną,
  - c) dzieci do ukończenia 12 roku życia, inne niż wymienione w lit. a i b, przebywające w:
    - zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych,
    - zakładach opiekuńczo-leczniczych,
    - rodzinnych domach dziecka,
    - domach dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży,
    - domach pomocy społecznej,
    - placówkach opiekuńczo-wychowawczych,
    - regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych,
    - interwencyjnych ośrodkach preadopcyjnych,
  - d) dzieci, inne niż wymienione w lit. a–c, przebywające w żłobkach lub klubach dziecięcych;
- 9) ostremu nagminnemu porażeniu dziecięcemu (poliomyelitis) obejmuje dzieci i młodzież od 7 tygodnia życia do ukończenia 19 roku życia;
- 10) różyczce obejmuje dzieci i młodzież od 13 miesiąca życia do ukończenia 19 roku życia;
- 11) tężcowi obejmuje:
  - a) dzieci i młodzież od 7 tygodnia życia do ukończenia 19 roku życia,
  - b) osoby zranione, narażone na zakażenie;
- 12) wirusowemu zapaleniu wątroby typu B obejmuje:
  - a) dzieci i młodzież od dnia urodzenia do ukończenia 19 roku życia,
  - b) uczniów szkół medycznych lub innych szkół prowadzących kształcenie na kierunkach medycznych, którzy nie byli szczepieni przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,
  - c) studentów uczelni medycznych lub innych uczelni, prowadzących kształcenie na kierunkach medycznych, którzy nie byli szczepieni przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,

<sup>2)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2016 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. poz. 1815), które weszło w życie z dniem 1 stycznia 2017 r.

- d) osoby szczególnie narażone na zakażenie w wyniku styczności z osobą zakażoną wirusem zapalenia wątroby typu B, które nie były szczepione przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,
  - e) osoby zakażone wirusem zapalenia wątroby typu C,
  - f) osoby wykonujące zawód medyczny narażone na zakażenie, które nie były szczepione przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,
  - g) osoby w fazie zaawansowanej choroby nerek z filtracją kłębuszkową poniżej 30 ml/min oraz osoby dializowane;
- 13) wścieklicznie obejmuje osoby mające styczność ze zwierzęciem chorym na wścieklicznę lub podejrzanym o zakażenie wirusem wściekliczny.

§ 4. Od poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym są zwolnione osoby, które wcześniej poddały się obowiązkowym szczepieniom ochronnym w zakresie wymaganym w rozporządzeniu i posiadają potwierdzającą to dokumentację, pod warunkiem że od wykonania obowiązkowych szczepień ochronnych minął okres nie dłuższy od okresu utrzymywania się odporności.

§ 5. Obowiązkowe szczepienia ochronne są prowadzone zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych na dany rok, ogłaszanym przez Głównego Inspektora Sanitarnego w formie komunikatu, o którym mowa w art. 17 ust. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

§ 6. Osoby, o których mowa w art. 17 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, przeprowadzają obowiązkowe szczepienie ochronne, jeżeli:

- 1) odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej, lub
- 2) posiadają co najmniej 6-miesięczną praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych.

§ 7. 1. Lekarskie badanie kwalifikacyjne oraz obowiązkowe szczepienia ochronne u osoby, która nie ukończyła 6 roku życia, przeprowadza się w obecności osoby, która sprawuje prawną pieczę nad tą osobą, albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 i 1524), zwanego dalej „opiekunem faktycznym”.

2. Lekarskie badanie kwalifikacyjne oraz obowiązkowe szczepienia ochronne u osoby, która ukończyła 6 rok życia, a nie osiągnęła pełnoletności, można przeprowadzić bez obecności osoby, która sprawuje prawną pieczę nad tą osobą, albo opiekuna faktycznego, po uzyskaniu ich pisemnej zgody i informacji na temat uwarunkowań zdrowotnych mogących stanowić przeciwwskazanie do szczepień.

3. Lekarskie badanie kwalifikacyjne oraz obowiązkowe szczepienia ochronne przeprowadza się indywidualnie.

4. Wzór zaświadczenia o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

§ 8. 1. Lekarz przeprowadzający konsultację specjalistyczną dla osoby, w przypadku której lekarskie badanie kwalifikacyjne daje podstawy do długotrwałego odroczenia obowiązkowego szczepienia ochronnego, odnotowuje w dokumentacji medycznej, o której mowa w § 9 ust. 1, wynik konsultacji specjalistycznej, z uwzględnieniem okresu przeciwwskazania do wykonania szczepienia, rodzaju szczepionek przeciwwskazanych do stosowania lub indywidualnego programu szczepień ze wskazaniem rodzajów stosowanych szczepionek oraz terminu kolejnej konsultacji specjalistycznej.

2. Przepisy § 7 ust. 1–3 stosuje się odpowiednio.

§ 9. 1. Informacje na temat przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych wykonanych od dnia urodzenia są dokumentowane w:

- 1) karcie uodpornienia, której wzór jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia;
- 2) książeczce szczepień, której wzór jest określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia;
- 3) dokumentacji medycznej, o której mowa w przepisach o rodzajach i zakresie dokumentacji medycznej oraz sposobie jej przetwarzania.

2. W przypadku gdy osoba obowiązana do poddania się obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu lub osoba, która sprawuje prawną pieczę nad tą osobą, albo opiekun faktyczny przedstawi zaświadczenie lekarskie o wykonaniu obowiązkowego szczepienia ochronnego lub szczepienia zalecanego w zakresie wymaganym w ramach obowiązkowych szczepień ochronnych, osoby przeprowadzające szczepienia ochronne odnotowują w karcie uodpornienia wykonanie obowiązkowego szczepienia ochronnego oraz dołączają do karty uodpornienia przedstawione zaświadczenie.

3. Do karty uodpornienia dołącza się wymaganą na piśmie zgodę, o której mowa w § 7 ust. 2.

4. W dokumentach, o których mowa w ust. 1, odnotowuje się fakt poinformowania osoby obowiązanej do poddania się obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu lub osoby, która sprawuje prawną pieczę nad tą osobą, albo opiekuna faktycznego o obowiązku poddania się temu szczepieniu.

**§ 10.** 1. Wpisów do dokumentów, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1 i 2, dokonuje się czytelnym pismem odręcznym w odpowiednich częściach dokumentów, bezpośrednio po wykonaniu lub niewykonaniu szczepienia ochronnego.

2. Wpisu błędnego w dokumentacji medycznej, o której mowa w § 9 ust. 1 pkt 1 i 2, nie usuwa się; dodaje się adnotację o przyczynie błędu oraz datę i podpis osoby dokonującej adnotacji.

**§ 11.** 1. Karty uodpornienia są przechowywane w kartotece w sposób umożliwiający wyszukiwanie osób podlegających obowiązkowym szczepieniom ochronnym.

2. W przypadku konieczności przekazania karty uodpornienia przekazuje się ją za pokwitowaniem osobie przeprowadzającej obowiązkowe szczepienie ochronne.

**§ 12.** 1. Osoba wystawiająca zaświadczenie o urodzeniu żywym, która założyła książeczkę szczepień, przekazuje ją za pokwitowaniem osobie obowiązanej do poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym lub osobie sprawującej prawną pieczę nad tą osobą albo opiekunowi faktycznemu.

2. W przypadku zagubienia lub zniszczenia książeczki szczepień osoby przeprowadzające obowiązkowe szczepienie ochronne wydają na podstawie posiadanej karty uodpornienia duplikat książeczki szczepień.

**§ 13.** Kwartalne sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych, którego wzór jest określony w załączniku nr 4 do rozporządzenia, jest sporządzane i przekazywane przez osoby przeprowadzające obowiązkowe szczepienia ochronne państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, w terminie 7 dni po zakończeniu kwartału, za pomocą środków komunikacji elektronicznej albo listem poleconym.

**§ 14.** Kwartalne sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych, którego wzór jest określony w załączniku nr 5 do rozporządzenia, jest sporządzane i przekazywane przez osoby przeprowadzające obowiązkowe szczepienia ochronne państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, w terminie 15 dni po zakończeniu kwartału, za pomocą środków komunikacji elektronicznej albo listem poleconym.

**§ 15.** 1. Karty uodpornienia wystawione na podstawie dotychczasowych przepisów oraz książeczki szczepień założone na podstawie dotychczasowych przepisów zachowują ważność.

2. Formularze karty uodpornienia oraz książeczki szczepień według wzorów określonych w dotychczasowych przepisach mogą być wykorzystywane do wyczerpania zapasów, nie dłużej jednak niż przez okres 2 lat od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

**§ 16.** Do kwartalnych sprawozdań z realizacji szczepień ochronnych sporządzanych przez osoby przeprowadzające szczepienia ochronne za trzeci kwartał 2011 r. stosuje się przepisy dotychczasowe.

**§ 17.** Przepis § 3 pkt 4 lit. c stosuje się wobec dzieci urodzonych po dniu 30 września 2011 r.

**§ 18.** Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 października 2011 r.<sup>3)</sup>

<sup>3)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień (Dz. U. poz. 2018, z 2004 r. poz. 513, z 2005 r. poz. 624, z 2006 r. poz. 254, z 2007 r. poz. 633 oraz z 2008 r. poz. 795), które utraciło moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 68 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 18 sierpnia 2011 r.

Załącznik nr 1

WZÓR

**ZAŚWIADCZENIE  
O PRZEPROWADZONYM LEKARSKIM BADANIU KWALIFIKACYJNYM**

(pieczęć nagłówkowa)

W wyniku przeprowadzonego w dniu ..... o godzinie ..... lekarskiego badania kwalifikacyjnego  
zaświadcza się, że:

u Pana/i ..... urodzonego/ej w dniu ..... zamieszkałego/ej w

(adres zamieszkania)

nr PESEL lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL .....

stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia obowiązkowego szczepienia ochronnego przeciw:

w okresie do 24 godzin od przeprowadzenia badania kwalifikacyjnego\*)

stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia obowiązkowego szczepienia ochronnego przeciw:

dające podstawy do odroczenia wykonania szczepienia do dnia ..... \*)

stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia obowiązkowego szczepienia ochronnego, dające podstawy do  
długotrwałego odroczenia wykonania szczepienia, i skierowano na konsultację specjalistyczną do poradni (podać adres)

\*\*) .....

UWAGI LUB ZALECENIA LEKARZA \*\*\*):

....., dnia .....  
(miejsowość)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\*) Wypełnia lekarz w przypadku gdy szczepienie odbywa się w placówce innej niż badanie pacjenta.

\*\*) Wypełnia lekarz w przypadku skierowania na konsultację specjalistyczną do poradni.

\*\*\*) Wypełnia lekarz przeprowadzający badanie kwalifikacyjne lub konsultację specjalistyczną.

## WZÓR

## KARTA UODPORNIEŃ

|  |                 |             |  |
|--|-----------------|-------------|--|
| Nazwisko i imię,<br>nr PESEL<br>lub nr dokumentu<br>tożsamości –<br>w przypadku osób<br>nieposiadających<br>nr PESEL | <i>nazwisko</i> | <i>imię</i> | Data urodzenia<br><br>dzień miesiąc rok<br><br>.....-.....-..... |
|  | .....           | .....       |  |
|  | <i>nr PESEL</i> | .....       |  |

## Obowiązkowe szczepienia ochronne

| Wiek                | Rodzaj szczepionki                               | Data i godzina wykonania szczepienia | Miejsce podania szczepionki | Nazwa szczepionki | Nr serii szczepionki | Podpis osoby wykonującej szczepienie |
|---------------------|--|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------|----------------------|--------------------------------------|
| noworodek           | gruźlica BCG                                     |                                      |                             |                   |                      |                                      |
|                     | wzw B – 1. dawka                                 |                                      |                             |                   |                      |                                      |
| 2 miesiąc życia     | wzw B – 2. dawka                                 |                                      |                             |                   |                      |                                      |
|                     | DTP – 1. dawka                                   |                                      |                             |                   |                      |                                      |
|                     | Hib – 1. dawka                                   |                                      |                             |                   |                      |                                      |
|                     |  |                                      |                             |                   |                      |                                      |
| 3–4 miesiąc życia   | DTP – 2. dawka                                   |                                      |                             |                   |                      |                                      |
|                     | Hib – 2. dawka                                   |                                      |                             |                   |                      |                                      |
|                     | polio IPV – 1. dawka                             |                                      |                             |                   |                      |                                      |
|                     |  |                                      |                             |                   |                      |                                      |
| 5–6 miesiąc życia   | DTP – 3. dawka                                   |                                      |                             |                   |                      |                                      |
|                     | Hib – 3. dawka                                   |                                      |                             |                   |                      |                                      |
|                     | polio IPV – 2. dawka                             |                                      |                             |                   |                      |                                      |
|                     |  |                                      |                             |                   |                      |                                      |
| 7 miesiąc życia     | wzw B – 3. dawka                                 |                                      |                             |                   |                      |                                      |
| 13–14 miesiąc życia | odra, świnka, różyczka – 1. dawka                |                                      |                             |                   |                      |                                      |
| 16–18 miesiąc życia | DTP – 4. dawka                                   |                                      |                             |                   |                      |                                      |
|                     | polio IPV – 3. dawka                             |                                      |                             |                   |                      |                                      |
|                     | Hib – 4. dawka                                   |                                      |                             |                   |                      |                                      |
|                     |  |                                      |                             |                   |                      |                                      |
| 6 rok życia         | DTaP – 1. dawka przypominająca                   |                                      |                             |                   |                      |                                      |
|                     | polio OPV  |                                      |                             |                   |                      |                                      |
| 10 rok życia        | odra, świnka, różyczka – 2. dawka przypominająca |                                      |                             |                   |                      |                                      |
| 14 rok życia        | Td – 2. dawka przypominająca                     |                                      |                             |                   |                      |                                      |
| 19 rok życia        | Td – 3. dawka przypominająca                     |                                      |                             |                   |                      |                                      |



## WZÓR

Objaśnienie: Książeczka szczepień ma format A5.

**Książeczka szczepień**

|  |                 |             |  |
|--|-----------------|-------------|--|
| Nazwisko i imię,<br>nr PESEL<br>lub nr dokumentu<br>tożsamości –<br>w przypadku osób<br>nieposiadających<br>nr PESEL | <i>nazwisko</i> | <i>imię</i> | Data urodzenia<br><br>dzień miesiąc rok<br><br>.....-.....-..... |
|  | .....           | .....       |  |
|  | <i>nr PESEL</i> |             |  |
|  | .....           |             |  |

**Obowiązkowe szczepienia ochronne**

| Wiek                | Rodzaj szczepionki                               | Data i godzina wykonania szczepienia | Nazwa szczepionki | Nr serii szczepionki | Podpis osoby wykonującej szczepienie |
|---------------------|--|--------------------------------------|-------------------|----------------------|--------------------------------------|
| noworodek           | gruźlica BCG                                     |                                      |                   |                      |                                      |
|                     | wzw B – 1. dawka                                 |                                      |                   |                      |                                      |
| 2 miesiąc życia     | wzw B – 2. dawka                                 |                                      |                   |                      |                                      |
|                     | DTP – 1. dawka                                   |                                      |                   |                      |                                      |
|                     | Hib – 1. dawka                                   |                                      |                   |                      |                                      |
|                     |  |                                      |                   |                      |                                      |
| 3–4 miesiąc życia   | DTP – 2. dawka                                   |                                      |                   |                      |                                      |
|                     | Hib – 2. dawka                                   |                                      |                   |                      |                                      |
|                     | polio IPV – 1. dawka                             |                                      |                   |                      |                                      |
|                     |  |                                      |                   |                      |                                      |
| 5–6 miesiąc życia   | DTP – 3. dawka                                   |                                      |                   |                      |                                      |
|                     | Hib – 3. dawka                                   |                                      |                   |                      |                                      |
|                     | polio IPV – 2. dawka                             |                                      |                   |                      |                                      |
|                     |  |                                      |                   |                      |                                      |
| 7 miesiąc życia     | wzw B – 3. dawka                                 |                                      |                   |                      |                                      |
| 13–14 miesiąc życia | odra, świnka, różyczka – 1. dawka                |                                      |                   |                      |                                      |
| 16–18 miesiąc życia | DTP – 4. dawka                                   |                                      |                   |                      |                                      |
|                     | polio IPV – 3. dawka                             |                                      |                   |                      |                                      |
|                     | Hib – 4. dawka                                   |                                      |                   |                      |                                      |
|                     |  |                                      |                   |                      |                                      |
| 6 rok życia         | DTaP – 1. dawka przypominająca                   |                                      |                   |                      |                                      |
|                     | polio OPV  |                                      |                   |                      |                                      |
| 10 rok życia        | odra, świnka, różyczka – 2. dawka przypominająca |                                      |                   |                      |                                      |
| 14 rok życia        | Td – 2. dawka przypominająca                     |                                      |                   |                      |                                      |
| 19 rok życia        | Td – 3. dawka przypominająca                     |                                      |                   |                      |                                      |



## WZÓR

**Sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych**

|  |  |  |
|--|--|--|
| Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej | <b>Kwartalne sprawozdanie<br/>z obowiązkowych szczepień ochronnych wg informacji<br/>zawartych w kartach uodpornienia przechowywanych<br/>przez składającego sprawozdanie<br/>za okres</b><br><br>od ..... do ..... r. | Adresat  |
| Numer identyfikacyjny – REGON          |  | Sprawozdanie należy przekazać w terminie 7 dni po okresie sprawozdawczym |

**Dział 1. Karty uodpornienia przechowywane przez składającego sprawozdanie**

| Rok urodzenia pacjenta | Liczba kart uodpornienia w okresie sprawozdawczym            |   |                                 |   |                              | wg stanu w ostatnim dniu okresu sprawozdawczego |   |
|------------------------|--|---|---------------------------------|---|------------------------------|---|---|
|                        | wg stanu w ostatnim dniu poprzedniego okresu sprawozdawczego | złożonych przez składającego sprawozdanie | otrzymanych od innych podmiotów | usuniętych z kartoteki z powodu zgonów, emigracji | przekazanych innym podmiotom |   |   |
|                        |  | 0   | 1                               | 2   | 3                            |   | 4 |
| 1                      |  |   |                                 |   |                              |   |   |
| 2                      |  |   |                                 |   |                              |   |   |
| 3                      |  |   |                                 |   |                              |   |   |
| 4                      |  |   |                                 |   |                              |   |   |
| 5                      |  |   |                                 |   |                              |   |   |
| 6                      |  |   |                                 |   |                              |   |   |
| 7                      |  |   |                                 |   |                              |   |   |
| 8                      |  |   |                                 |   |                              |   |   |
| 9                      |  |   |                                 |   |                              |   |   |
| 10                     |  |   |                                 |   |                              |   |   |
| 11                     |  |   |                                 |   |                              |   |   |
| 12                     |  |   |                                 |   |                              |   |   |
| 13                     |  |   |                                 |   |                              |   |   |
| 14                     |  |   |                                 |   |                              |   |   |
| 15                     |  |   |                                 |   |                              |   |   |
| 16                     |  |   |                                 |   |                              |   |   |
| 17                     |  |   |                                 |   |                              |   |   |
| 18                     |  |   |                                 |   |                              |   |   |
| 19                     |  |   |                                 |   |                              |   |   |
| 20                     |  |   |                                 |   |                              |   |   |
| 21                     |  |   |                                 |   |                              |   |   |
| 22                     | <b>Razem</b>   |   |                                 |   |                              |   |   |

**Dział 2. Osoby uchylające się od obowiązku szczepień**

|  |  |
|--|--|
| <b>Liczba osób uchylających się od obowiązku szczepień ochronnych, których imienny wykaz dołączono do sprawozdania</b> |  |
|--|--|

Wyjaśnienia dotyczące sprawozdania można uzyskać pod numerem telefonu .....

.....  
(miejscowość i data).....  
(pieczętka imienna i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

## WZÓR

## Sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych

| Nazwa i adres jednostki sprawozdawczej        |   | Kwartalne sprawozdanie<br>z przeprowadzonych szczepień<br>ochronnych wg ilości wykorzystanych<br>szczepionek<br>za okres<br>od ..... do ..... r. |                      |                         | Adresat  |                             |                      |
|---|---|--|----------------------|-------------------------|--|-----------------------------|----------------------|
| Kod identyfikacyjny składającego sprawozdanie |   |  |                      |                         | <b>Sprawozdanie należy<br/>przekazać w terminie<br/>15 dni po okresie<br/>sprawozdawczym</b> |                             |                      |
| Numer identyfikacyjny – REGON                 |   |  |                      |                         |  |                             |                      |
| Lp.   | Nazwa szczepionki   | Jednostka<br>miary   | Zamówienie<br>roczne | Zamówienie<br>kwartalne | Ilość<br>zużytej<br>szczepionki  | Liczba<br>podanych<br>dawek | Uwagi/<br>Komentarze |
| 0   | 1   | 2  | 3                    | 4                       | 5  | 6                           | 7                    |
| 1   | DTP – szczepionka błonniczo-tężcowo-<br>-krztuścowa adsorb. na wod. glinu. inj. 0,5 ml    | dawka  |                      |                         |  |                             |                      |
| 2   | DTaP – szczepionka błonniczo-tężcowo-<br>-krztuścowa adsorb. na wod. glinu<br>inj. 0,5 ml | dawka  |                      |                         |  |                             |                      |
| 3   | Td – szczepionka tężcowo-błonicza<br>adsorb. na wod. glinu inj. 0,5 ml                    | dawka  |                      |                         |  |                             |                      |
| 4   | T – szczepionka tężcowa adsorb. na wod. glinu<br>inj. 0,5 ml                              | dawka  |                      |                         |  |                             |                      |
| 5   | BCG – szczepionka przeciwgruźlicza<br>inj. fiołki/10 dawek                                | fiołka   |                      |                         |  |                             |                      |
| 6   | szczepionka przeciw wzv B dla dzieci<br>inj. 0,5 ml                                       | dawka  |                      |                         |  |                             |                      |
| 7   | szczepionka przeciw wzv B dla dorosłych<br>inj. 1,0 ml                                    | dawka  |                      |                         |  |                             |                      |
| 8   | szczepionka przeciw wzv B dla dializowanych<br>i z obniżoną odpornością inj. 1,0 ml       | dawka  |                      |                         |  |                             |                      |
| 9   | szczepionka przeciw odrze-świnie-<br>różyczce inj. 0,5 ml                                 | dawka  |                      |                         |  |                             |                      |
| 10  | szczepionka przeciw poliomyelitis (żywa)<br>inj. fiołki/10 dawek                          | fiołka   |                      |                         |  |                             |                      |
| 11  | szczepionka przeciw poliomyelitis (zabita)<br>inj. 1 dawka                                | dawka  |                      |                         |  |                             |                      |
| 12  | szczepionka przeciw wścieklźnie<br>inaktywowana inj. 1 dawka                              | dawka  |                      |                         |  |                             |                      |
| 13  | szczepionka przeciw <i>Haemophilus<br/>influenzae</i> typu b inj. 1 dawka                 | dawka  |                      |                         |  |                             |                      |
| 14  | szczepionka przeciw <i>Streptococcus<br/>pneumoniae</i> inj. 1 dawka                      | dawka  |                      |                         |  |                             |                      |
| 15  | szczepionka przeciw ospie wietrznej<br>inj. 1 dawka                                       | dawka  |                      |                         |  |                             |                      |
| 16  | DT – szczepionka błonniczo-tężcowa<br>adsorb. na wod. glinu inj. 1 dawka                  | dawka  |                      |                         |  |                             |                      |
| 17  | Ty – szczepionka durowa<br>inj. 10 ml liof/20 dawek                                       | fiołka   |                      |                         |  |                             |                      |
| 18  | TyT – szczepionka durowo-tężcowa<br>inj. 10 ml liof/20 dawek                              | fiołka   |                      |                         |  |                             |                      |
| 19  | d – szczepionka błonicza adsorb. na wod. glinu<br>inj. 1 amp/1 dawka                      | dawka  |                      |                         |  |                             |                      |
| 20  | D – szczepionka błonicza adsorb. na wod. glinu<br>inj. fiołki/ 20 dawek                   | fiołka   |                      |                         |  |                             |                      |
| 21  | szczepionka przeciw meningokokom  | dawka  |                      |                         |  |                             |                      |
| 22  | inne (wpisać jakie?)  |  |                      |                         |  |                             |                      |
| 23  | inne (wpisać jakie?)  |  |                      |                         |  |                             |                      |
| 24  | inne (wpisać jakie?)  |  |                      |                         |  |                             |                      |

Wyjaśnienia dotyczące sprawozdania można uzyskać pod numerem telefonu .....

.....  
(pieczęćka imienna i podpis osoby  
działającej w imieniu sprawozdawcy).....  
(miejscowość i data)